

De meerwaarde van gezondheidspromotie en preventie binnen de ggz

*Tom Van Daele, Dirk Hermans, Omer Van den Bergh,
Chantal Van Audenhove*

SAMENVATTING

Geestelijke gezondheid krijgt in toenemende mate aandacht in het beleid van de gezondheidszorg. Dat is positief, want een aanzienlijk aantal personen kampt met psychische problemen en het leidt geen twijfel dat geestelijke gezondheid voor iedereen van essentieel belang is. Mede door de verhoogde belangstelling en de toegenomen zorgvraag krijgt de geestelijke gezondheidszorg (ggz) het moeilijk. Het aanbod blijft achter bij de vraag, waardoor wachtlijsten ontstaan en de mensen die zorg nodig hebben, niet voldoende aan bod komen. Op korte termijn staat de sector voor de uitdaging om steeds meer mensen te ondersteunen met beperkte tijd en middelen. Er is dan ook nood aan een positieve en toekomstgerichte aanpak. Meer aandacht voor preventie en gezondheidspromotie in de ggz kan hierin een belangrijke rol spelen.

Na een overzicht van de huidige situatie in de ggz wordt daarom stilgestaan bij de concepten geestelijke gezondheidspromotie en preventie. Daarna worden barrières voor de ggz in kaart gebracht en wordt toegelicht hoe initiatieven die focussen op geestelijke gezondheidspromotie en preventie, kunnen bijdragen aan oplossingen. Hierbij worden internationale initiatieven als voorbeeld aangehaald, maar is er ook aandacht voor Vlaamse inspanningen. Ten slotte wordt ook de specifieke rol toegelicht die klinisch psychologen hierin kunnen spelen.

Meer aandacht voor geestelijke gezondheid

Geestelijke gezondheid krijgt in toenemende mate aandacht in het beleid van de gezondheidszorg. Deze positieve evolutie staat in schril contrast met het huidige zorggebruik voor psychische stoornissen. Het onderzoek dat de Belgische situatie tot nu toe het best in kaart bracht, is dat van Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest en Demyttenaere (2004) in het kader van de *European Study on Epidemiology of Mental Disorders*. Zij rapporteerden dat zowat 11% van de bevroegde respondenten in de afgelopen twaalf maanden minstens één psychische stoornis had. Het ging voornamelijk om angst- en stemmingsstoornissen. Een van de belangrijkste aandachtspunten voor de ggz is het gebruik van en toegang tot de zorg voor personen met psychische problemen. Een analyse van het zorggebruik wees uit dat slechts

33% van de personen met psychische problemen effectief hulp zocht. Verder bleek ook dat van diegenen die hulp zochten, de meerderheid een medicamenteuze behandeling kreeg (al dan niet in combinatie met psychologische hulp) en 25% kreeg geen behandeling. Deze lage cijfers moeten nog verder worden genuanceerd wegens overbehandeling: het actief behandelen van personen die eigenlijk geen nood hebben aan intensieve, professionele hulp. Internationale cijfers variëren sterk naargelang de studies en de onderzochte klachten of stoornissen. In sommige gevallen is er sprake van 50% overbehandeling (Lauber, Nordt, & Rössler, 2005). Anderen houden het op een meer bescheiden 10% (Tiemeier et al., 2002). Er kan dan ook worden geconcludeerd dat een aanzienlijke groep personen die professionele hulp nodig heeft, deze momenteel niet krijgt, terwijl een andere groep onnodige behandeling geniet.

De ggz wordt momenteel dus geconfronteerd met een grote groep hulpzoekenden en zet massaal in op behandeling. Slechts een fractie van de inspanningen focust op preventie en gezondheidspromotie (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera, & Leykin, 2010). Nochtans is geestelijke gezondheid meer dan de afwezigheid van psychopathologie. Keyes (2007) spreekt in die context over ‘flourishing individuals’. Personen die ‘floreren’, functioneren optimaal en rapporteerden in het voorgaande jaar geen psychische problemen. Zij blijken minder afwezig te zijn op hun werk, hebben een uitgebreid sociaal netwerk, een laag risico op cardiovasculaire en chronische fysieke aandoeningen naarmate ze ouder worden, de minste beperking in hun dagelijkse activiteiten en het laagste gebruik van gezondheidszorg. Er zijn echter niet zoveel ‘bloeiende’ individuen. Het gaat slechts om ongeveer 20% van alle volwassenen. De afwezigheid van psychopathologie volgens welbepaalde cut-offscores, definities of diagnoses impliceert dus niet noodzakelijk dat personen geen baat hebben bij enige hulp of ondersteuning, of deze ook niet zouden willen. Er is met andere woorden nood aan een toekomstgericht beleid dat meer doet dan enkel de status-quo handhaven. Meer aandacht voor preventie en gezondheidspromotie in de ggz kan hierin een belangrijke rol spelen.

Geestelijke gezondheidspromotie en preventie

Interventies binnen de geestelijke gezondheidspromotie en preventie zijn op te delen in een aantal categorieën. Hoewel dat onderscheid enigszins arbitrair is, hanteert de National Research Council and Institute of Medicine (2009) de volgende vierdeling. Gezondheidspromotie is de meest algemene en brede interventievorm. Het doel is vooral om de bevolking zo gezond en veerkrachtig mogelijk te maken, te laten ‘floreren’ (zie ook supra). Men focust niet op een bepaalde stoornis maar probeert het algemeen welbevinden te verhogen door de voordelen van een gezonde levensstijl te benadrukken en deze op diverse manieren te faciliteren door bijvoorbeeld informatie te verspreiden, attitudes te beïnvloeden, omgevingsfactoren te wijzigen, discriminatie aan te pakken... Preventieve interventies zijn specifiek, richten zich meestal op welbepaalde (groepen van) stoornissen – bijvoorbeeld stemmings- en angststoornissen – en zijn in drie subgroepen onder te verdelen. Universele interventies richten zich op de volledige bevolking. Daarnaast zijn er selectieve interventies, die zich op bepaalde subgroepen richten met een verhoogde kans op problemen vanwege bepaalde karakteristieken zoals armoede of trauma. De laatste groep zijn geïndiceerde interventies toe-

gespits op personen bij wie er al symptomen zijn vastgesteld, maar bij wie de klachten nog ‘subklinisch’ zijn (Mrazek & Haggerty, 1994, geciteerd in Van den Broucke, 2001). Geïndiceerde preventie is een randgeval waarbij het onderscheid met behandeling soms moeilijk te maken is en het categoriseren van dergelijke interventies is dan ook vatbaar voor discussie. Om een zo ruim mogelijke invulling van het begrip ‘preventie’ te dekken, wordt in dit artikel geïndiceerde preventie wel degelijk als een vorm van preventie beschouwd.

Barrières, oplossingen en voorbeelden

De grootste uitdaging voor de ggz bestaat er momenteel in het bereik van de sector te verbeteren, een doel dat al eerder werd vooropgesteld door de Werkgroep Eerstelijnsgezondheidszorg (2010). Om dat te realiseren zijn er echter enkele essentiële veranderingen vereist. Er zijn namelijk barrières op drie verschillende niveaus: de algemene bevolking, de professionals en het ggz-beleid. In de volgende paragrafen wordt hierbij het belang aangetoond van interventies die focussen op geestelijke gezondheidspromotie en preventie. Niet alleen dragen deze bij aan een betere geestelijke gezondheid en een beter welbevinden van de algemene bevolking (World Health Organization, 2004), ze kunnen daarnaast ook helpen om barrières voor het zorggebruik aan te pakken. Voor elk van de niveaus worden daarom ter illustratie de barrières in kaart gebracht en wordt aangetoond hoe meer aandacht voor interventies binnen geestelijke gezondheidspromotie en preventie kan bijdragen aan oplossingen.

Op het niveau van de algemene bevolking

Er zijn twee grote redenen waarom de ggz de bevolking onvoldoende bereikt. Een eerste oorzaak is een gebrek aan kennis. In deze context is een relevant concept ‘mental health literacy’, dat is de “kennis en opvattingen over psychische problemen die een rol spelen in hun herkenning, aanpak en preventie” (Jorm et al., 1997, p. 182). ‘Mental health literacy’ omvat verschillende componenten, waaronder de kennis en opvattingen over risicofactoren en oorzaken, beschikbare interventies, specifieke problemen of psychische problemen herkennen, weten hoe informatie te zoeken... In Australië werd bijvoorbeeld de ‘beyondblue’-campagne opgestart om ‘mental health literacy’ te verhogen door middel van posters, pamfletten, postkaarten, een website, televisiespotjes, advertenties in kranten en tijdschriften, en educatieve video’s (Morgan & Jorm, 2007). Het achterliggende idee is dat meer informatie leidt tot verhoogd hulpzoekgedrag. Hier is echter beperkte evidentie voor. Verschillende studies toonden wel al aan dat de algemene bevolking de laatste jaren meer en meer weet over oorzaken van psychische problemen en de interventies die beschikbaar zijn (Angermeyer & Matschinger, 2005). Verder herkennen mensen psychische problemen beter en werd ook gevonden dat ze in sommige gevallen meer geneigd zijn om hulp te zoeken (Angermeyer, Holzinger, & Matschinger, 2009). Enkel ‘mental health literacy’ verhogen lijkt echter onvoldoende om effectief hulpzoekgedrag te realiseren (Chamberlain, Goldney, Taylor, & Eckert, 2012). Een tweede oorzaak waarom de ggz de bevolking onvoldoende bereikt, is een negatieve attitude ten aanzien van geestelijke gezondheid(sproblemen). Een grootschalige studie door Lasalvia et al. (2013) die werd uitgevoerd in 35 landen, waaronder België, toonde aan dat ongeveer 80% van alle personen met een majeure depressieve stoornis een of andere vorm

van discriminatie ervoer. Vanwege het stigma gerelateerd aan hun psychische gezondheid zag 37% van de bevroegden ervan af om een intieme (vriendschaps)relatie aan te gaan. Daarnaast gaf 25% aan om deze reden ook niet te solliciteren naar werk en voor 20% was dat de aanleiding om geen opleiding te volgen. Het is dan ook weinig verwonderlijk dat het stigma een belangrijke barrière vormt voor sociale participatie en hulpzoekgedrag (Corrigan, Larson, & Rüsich, 2009). Er zijn niettemin manieren om het stigma te reduceren en bijvoorbeeld ook de terughoudendheid van de algemene bevolking om een beroep te doen op de ggz te verminderen. Zo behoren bewustmakingscampagnes en interventies die sociaal contact in grote groepen stimuleren tot de mogelijkheden. Een voorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk is 'Time to Change', de grootste antistigmacampagne die daar ooit werd opgezet (Henderson & Thornicroft, 2009). De focus lag hierbij niet zozeer op informeren, maar op sociale evenementen om mensen met en zonder psychische problemen met elkaar in contact te brengen om vooroordelen, stigma's en discriminatie te verminderen. Er zijn al beperkte indicaties dat interventies van zo'n omvang wel degelijk kunnen werken (Evans-Lacko et al., 2012). Ook in Vlaanderen wordt niet stilgezet. Zo werd de website www.fitinjehoofd.be gelanceerd in 2006. Dat initiatief is ontstaan in de schoot van de suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, waar het werd uitgewerkt op basis van voorbeelden uit het buitenland. Na overdracht aan de bevoegde Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en een presentatie op de eerste Gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfmoord, werd het opgenomen in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie kreeg de opdracht om dat project verder uit te werken en hierbij zowel te focussen op de kenniscomponent als op het gericht doorverwijzen naar de hulpverlening. Een vrij recent initiatief dat bijvoorbeeld ook duidelijk gericht is op dezelfde kenniscomponent, is de website www.geestelijkgezondvlaanderen.be, een initiatief van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid in samenwerking met de Vlaamse overheid. Daarnaast is er ook 'Te Gek?!', dat vooral op de attitude en de beeldvormingscomponent werkt. De vereniging zonder winst oogmerk Sint-Annendael Grauwzusters Diest nam hierin het voortouw om aan de hand van cd's, concerten, tournees, tv-reportages, ... te werken aan een correcte en positieve beeldvorming van personen met psychische problemen.

Op het niveau van de professionals

Professionals in de eerste lijn zoals huisartsen, apothekers en verpleegkundigen hebben allen een belangrijke rol in de vroegtijdige detectie, doorverwijzing en zorg voor mensen met psychische problemen. Dat vereist wel enige kennis en vaardigheid en bij sommige beroepsgroepen blijken die onvoldoende aanwezig te zijn. Zo heeft een aantal studies aangetoond dat ongeveer de helft van alle patiënten met depressieve klachten niet herkend wordt in de eerste lijn en dat professionals zoals huisartsen en verpleegkundigen in de eerste lijn zelf ook behoefte hebben aan ondersteuning om aan de sociale noden van patiënten met depressieve klachten tegemoet te komen (Barley, Murray, Walters, & Tylee, 2011). De mate van succes varieert natuurlijk naargelang het type professional. Zo kunnen huisartsen bij de meeste van hun patiënten adequaat een depressie detecteren met 10% gemiste diagnoses en 15% vals positieve diagnoses (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009). Daartegenover staat dat 73% van de apothekers die in een Vlaamse studie werden bevroegd door Scheerder, De Coster en Van

Audenhove (2008), aangaf dat hun gebrek aan opleiding over geestelijke gezondheid een barrière was voor succesvolle zorg bij depressie. Net zoals bij de algemene bevolking geldt echter ook hier dat kennis alleen niet voldoende is en dat men ook op attitude dient te focussen. Zo hebben studies aangetoond dat huisartsen wel een bovengemiddelde kennis hebben van geestelijke gezondheid, maar evenveel clichés hanteren als de algemene bevolking. Gelijkaardige resultaten werden gevonden bij apothekers (Scheerder et al., 2008). De mening van verpleegkundigen kwam verder in grote lijnen overeen met die van huisartsen, maar zij stonden in het algemeen wel positiever ten aanzien van het gebruik van psychotherapie (Lauber et al., 2005).

Er bestaan ondertussen al diverse interventies die focussen op het simultaan veranderen van de attitude en het verbeteren van de kennis. Zo is er bijvoorbeeld een Nederlands programma voor huisartsen ontwikkeld door Van Os et al. (2002) dat leidde tot een verhoogde kennis, een lichte stijging in het herkennen van psychische problemen en significant meer patiënten van wie de behandeling volgens de richtlijnen verliep. Ook in Vlaanderen bleek dat een actieonderzoek bij Brugse huisartsen erin slaagde om hun eigen rol bij de detectie, diagnose en behandeling van depressie positief te beïnvloeden (De Coster, Van Audenhove, Van Den Ameele, & Goetinck, 2003). Soortgelijke interventies werden ook ontwikkeld ter ondersteuning van verpleegkundigen (Schalembourg, De Coster, & Van Audenhove, 2011) en apothekers (Bell, Whitehead, Aslani, Sacker, & Chen, 2006). Recent bracht het Trimbos-instituut ook een e-learningtool uit, 'Signaliseren van depressie'. Deze onlinecursus richtte zich specifiek op hbo-professionals, het equivalent van professionele bachelors, die hun vaardigheden voor het signaleren van depressie willen verbeteren. Uit de pilootstudie bleek dat kennis over depressie en preventiegedrag verbeterde en dat er meer aandacht was voor klachten en risico's bij cliënten (Crone et al., 2012).

Op het niveau van het beleid

Het derde en laatste niveau is dat van het beleid. In tijden van economische crisis zijn de beschikbare budgetten voor de gezondheidssector in zijn geheel beperkt. Een ruwe schatting leert dat in België in 2010 ongeveer 6% van het totale gezondheidszorgbudget naar de ggz ging (Van Daele & Van Audenhove, 2010). Vergelijkbare cijfers worden ook teruggevonden in diverse andere Europese landen. Voor de landen waarvan er verder specifieke uitgaven terug te vinden zijn voor preventie binnen de ggz, blijkt dat meestal rond of onder 1% te bedragen (Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2010). Dat is ongetwijfeld ook een belangrijke reden waarom preventieve interventies moeilijk voet aan de grond krijgen binnen de ggz. Niettemin kunnen deze cijfers ook op een positieve manier bekeken worden. Momenteel worden al mooie projecten rond preventie opgezet met slechts een miniem aandeel uit het gehele gezondheidszorgbudget (ongeveer 0,06%). Een kleine toename in budgetten voor preventie zou dan ook meteen veel meer ademruimte creëren voor nieuwe initiatieven. Hoewel dat initieel een bijkomende investering vraagt en er weinig budgettaire ruimte is, zijn er wel positieve indicaties voor het kostenbesparende effect van interventies die focussen op geestelijke gezondheidspromotie en preventie (Mihalopoulos, Vos, Pirkis, & Carter, 2012). Meer investeren in preventie zou zo op langere termijn juist meer ademruimte moeten bieden voor behandeling.

De rol van klinisch psychologen

Natuurlijk stelt zich ook de vraag welke rol klinisch psychologen binnen dit alles kunnen spelen. De meeste interventies binnen de gezondheids promotie en preventie in de ggz lijken namelijk vooral via mediacampagnes, opleidingen of inspanningen op beleidsniveau te verlopen. Het traditionele beeld van de klinisch psycholoog met een gedegen achtergrond in diagnostiek en psychopathologie die voornamelijk ervaring heeft in werken met individuele patiënten, lijkt misschien moeilijker in dat plaatje te passen. Klinisch psychologen beschikken niettemin zeker over de capaciteiten en binnenkort ook over de mandaten (Belgische Federatie van Psychologen, 2013) om te werken aan gezondheids promotie en preventie. In de praktijk lijkt dat echter vrij beperkt voor te komen. Maar er is een evolutie in Vlaanderen die klinisch psychologen nog meer mogelijkheden biedt om structureel en actief te participeren in de uitbouw van gezondheids promotie en preventie, namelijk de functie van de eerstelijnspsycholoog. Momenteel loopt een proefproject in zeven Vlaamse regio's rond de eerstelijnspsychologische functie. Het doel van deze projecten is om een eerstelijnspsychologische functie te organiseren met als voornaamste activiteiten: (1) het leveren van kortdurende en laagdrempelige zorg bij niet-complexe psychische klachten, (2) nauw samenwerken met andere hulpverleners vanuit het model van getrapte zorg en (3) vroegdetectie en vroeginterventie bevorderen bij psychische problemen. De projecten lopen drie jaar, van 2011 tot 2014 (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013).

In Nederland leverden gelijkaardige projecten – met eerstelijnspsychologen – positieve resultaten op (Emmen, Meijer, & Verhaak, 2008). Eerstelijnspsychologen zijn daar in eerste instantie natuurlijk psychologen. Vanuit hun opleiding hebben ze verschillende competenties ontwikkeld en zijn ze inzetbaar in diverse situaties. Zo zijn ze specialisten in gedragsverandering, hebben ze een goede kennis van problemen waarmee personen in verschillende levensfasen worden geconfronteerd en kunnen ze ook helpen bij persoonlijke ontwikkeling. Verder beschikken ze ook over een uitstekende achtergrond in detectie en diagnostiek bij (sub)klinische klachten. Als dusdanig kunnen ze worden ingezet om nauw samen te werken met huisartsen en andere professionals in de eerste lijn, bijvoorbeeld als partner binnen een wijkgezondheidscentrum of een huisartsenpraktijk. Daarnaast kunnen ze bij meer complexe problemen ook met kennis van zaken informatie verstrekken over het gericht doorverwijzen naar meer gespecialiseerde settings in de tweede of derde lijn. Specifieke vragen of onzekerheden, subklinische klachten of milde psychische problemen zijn echter vaak al een voldoende aanleiding voor zorgvragers om contact te zoeken met een eerstelijnspsycholoog of door een huisarts naar een eerstelijnspsycholoog te worden doorverwezen. Zij kunnen optreden als coach, personen geruststellen en weer op weg helpen. Ze gaan hierbij uit van de eigen kracht van de zorgvragers en maken indien nodig gebruik van zelfhulp of psychoeducatie gedurende een beperkt aantal contacten. Als deze aanpak geplaatst wordt binnen de theorievorming rond gezondheids promotie en preventie in de ggz, dan zijn dergelijke korte contactreeksen te beschouwen als geïndiceerde preventieve interventies.

Hoewel preventie als pure een-op-eenactiviteit in sommige gevallen kosteneffectief blijkt te zijn, toch zijn deze kosten nog altijd hoog (Gordon, Graves, Hawkes, & Eakin, 2007). Om zich in Vlaanderen niet enkel tot die een-op-eenactiviteiten te moeten beperken, hebben toe-

komstige eerstelijnspsychologen ook nood aan bijkomende competenties, specifieke vaardigheden die niet noodzakelijk in hun eerdere opleiding tot psycholoog aan bod kwamen. Het uitbouwen van hun competenties als lesgever is zo een noodzaak. Er bestaan namelijk diverse interventies zoals mindfulnesscursussen (Dewulf, 2007), piekerkursussen (Rogiers, Van den Abbeele, & Van de Putte, 2013), psycho-educatie (ISW-Limits, 2006), ... die psychologen aan groepen kunnen doceren. Dergelijke interventies zijn algemener, worden vaak vrij gestandaardiseerd aangeboden en zijn – naargelang hun focus – als gezondheidspromotie of als selectieve preventieve interventies te classificeren. Stellen zorgvragers of cursisten van zulke interventies meer delicate vragen of komen er onverwacht gevoelige topics ter sprake, dan hebben psychologen voldoende professionele competenties om de situatie in te schatten en gepast te reageren. Deze flexibiliteit maakt hen de ideale lesgevers voor dit type interventies. Daarnaast is het ook belangrijk dat hun kennis wordt uitgebouwd over het ontwikkelen, implementeren en ondersteunen van (lokale) beeldvormingscampagnes, een belangrijke pijler binnen de preventieve ggz waarin hun psychologische expertise zeker een meerwaarde kan betekenen. Ten slotte mogen eerstelijnspsychologen ook nieuwe manieren van begeleiding of therapie in de eerste lijn niet schuwen. Het is voor hen belangrijk om goed geïnformeerd te blijven van de mogelijkheden – maar evengoed ook van de beperkingen – van opkomende tools zoals bijvoorbeeld onlinehulp (e-mental health) of mobiele hulp (m-health). Deze gericht inzetten in de eerste lijn, maakt zeker ook deel uit van hun takenpakket.

Psychologen – en vooral eerstelijnspsychologen – kunnen dus ongetwijfeld bijdragen aan meer gezondheidspromotie en preventie in de ggz. Natuurlijk gaat het in Vlaanderen in het geval van de eerstelijnspsycholoog nog om proefprojecten en is deze aanpak nog geen gemeengoed in de opleidingen psychologie. Vanuit de praktijk klinkt dan ook de vraag naar aangepaste opleiding, bijscholing en intervisie om psychologen optimaal in te zetten in dat uitdijende veld.

Besluit

Hoewel er in toenemende mate belang wordt gehecht aan geestelijke gezondheid, is er nog een lange weg te gaan. De ggz kent barrières die ervoor zorgen dat niet alle zorgvragers ook het aanbod krijgen waar ze nood aan hebben. Naast de meest voor de hand liggende oplossing – inzetten op meer en betere behandeling – werd in dit artikel stilgestaan bij een alternatieve, complementaire benadering, namelijk die van de geestelijke gezondheidspromotie en preventie. Dergelijke interventies kunnen positieve bijdragen leveren bij het voorkomen of vroegtijdig aanpakken van psychische problemen en helpen daarnaast mogelijk ook bij het creëren van een beter geïnformeerde en tolerantere samenleving ten aanzien van psychische problemen. Daarnaast kunnen ze ook helpen om de barrières aan te pakken waar de ggz als sector momenteel mee kampt. De rol van de psychologen in dat alles is momenteel nog beperkt, maar positieve evoluties zoals de proefprojecten eerstelijnspsychologie bieden deze belangrijke actoren binnen de ggz de mogelijkheid om mee te bouwen aan een betere en meer toegankelijke zorg. Willen psychologen binnen gezondheidspromotie en preventie in de ggz echter deze prominentere rol waar kunnen maken, dan zullen opleiding en bijscholing noodzakelijk zijn.

Literatuur

- Angermeyer, M.C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, 24, 225-232.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2005). Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 68-73.
- Barley, E.A., Murray, J., Walters, P., & Tylee, A. (2011). Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice*, 12, 47. doi: 10.1186/1471-2296-12-47
- Belgische Federatie van Psychologen (2013). Achtergrond bij voorlopig wetsvoorstel erkenning klinische psychologie. Geraadpleegd op 18 november 2013 via <http://bfp-fbp.be/nl/node/286>.
- Bell, J.S., Whitehead, P., Aslani, P., Sacker, S., & Chen, T.F. (2006). Design and implementation of an educational partnership between community pharmacists and consumer educators in mental healthcare. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70, 28. doi: 10.5688/aj700228.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking: resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 75-85.
- Chamberlain, P.N., Goldney, R.D., Taylor, A.W., & Eckert, K.A. (2012). Have mental health education programs influenced the mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation? A comparison between 1998 and 2008 in South Australia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 525-540. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00109.x.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the 'why try' effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Crone, M.R., Ruiters, M., Hilderink, I., Rensink, H., Kruijt, C., Havinga, P., & van der Zouwe, N. (2012). E-learning to train professionals in depression preventions. Poster presented at the 5th European Public Health Conference, St Julians, Malta, 7-10 November 2012.
- De Coster, I., Van Audenhove, C., Van Den Ameele, H., & Goetinck, M. (2003). Tussen de lijnen. Werkingverslag januari 2002-mei 2003. Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van een vormingsprogramma voor huisartsen over de behandeling van depressie. Leuven: LUCAS, KU Leuven.
- Dewulf, D. (2007). *Mindfulness. Een pad van vrijheid*. Leuven: Acco.
- Emmen, M.J., Meijer, S.A., & Verhaak, P.F.M. (2008). Positie van de eerstelijnspsycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86, 142-149.
- Evans-Lacko, S., London, J., Japhet, S., Rusch, N., Flach, C., Corker, E., ... Thornicroft, G. (2012). Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC Public Health*, 12, 489. doi:10.1186/1471-2458-12-489.
- Gordon, L., Graves, N., Hawkes, A., & Eakin, E. (2007). A review of the cost-effectiveness of face-to-face behavioural interventions for smoking, physical activity, diet and alcohol. *Chronic Illness*, 3, 101-129. doi: 10.1177/1742395307081732.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to change. *The Lancet*, 373, 1928-1930.
- ISW Limits. (2006). *Stressbeheersing [Stress Control]*. Leuven: Auteur.

- Jorm, A.F., Korten A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., ... Thornicroft, G. (2013). Global patterns of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 381, 55-62.
- Lauber, C., Nordt, C., & Rössler, W. (2005). Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 835-843.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., & Carter, R. (2012). The population cost-effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics*, 129, 723-730.
- Mitchell, A.M., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *The Lancet*, 374, 609-619.
- Morgan, A., & Jorm, A. (2007). Awareness of beyondbleu: The national depression initiative in Australian young people. *Australasian Psychiatry*, 15, 329-333.
- Muñoz, R.F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A.Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212.
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Regional Office for Europe of the World Health Organization. (2010). *Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization.
- Rogiers, R., Van den Abbeele, D., & Van de Putte, J. (2013). *Je kan anders*. Brussel: Globe.
- Schalenbourg, C., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2011). *Depressieve patiënten in het algemeen ziekenhuis. Trainingsmodule voor verpleegkundigen*. Antwerpen: Garant.
- Scheerder, G., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2008). Pharmacists' role in depression care: A survey of attitudes, current practices, and barriers. *Psychiatric Services*, 59, 1155-1161.
- Tiemeier, H., de Vries, W.J., van het Loo, M., Kahan, J.P., Klazinga, N., Grol, R., & Rigter, H. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality and Safety Health Care*, 11, 214-218.
- Van Daele, T., & Van Audenhove, C. (2010). *Kost van de gezondheidszorg in België en Vlaanderen*. Intern rapport. Leuven: LUCAS, KU Leuven.
- Van den Broucke, S. (2001). Preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Strategieën en methoden. *Welzijnsgids – Gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg*, 41, Bro. 1-Bro. 20.
- Van Os, T.W., Van den Brink, R.H., Jenner, J.A., Van der Meer, K., Tiemens, B.G., & Ormel, J. (2002). Effects on depression pharmacotherapy of a Dutch general practitioner training program. *Journal of Affective Disorders*, 71, 105-111.
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2013). *Beleid eerstelijnsgezondheidszorg*. Geraadpleegd op 24 mei 2013 via www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Vlaamse-bevoegdheden/Beleid-eerstelijnsgezondheidszorg.
- Werkgroep Eerstelijnsgezondheidszorg. (2010). *Eindrapport conferentie eerstelijnsgezondheidszorg*. Brussel: Auteur.
- World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions, and policy options, summary report*. Genève: Auteur.

Summary

There is an increasing amount of attention for mental health within current health care policy. This is a positive evolution, as there is no doubt that safeguarding mental health is important for everyone. However, there are a vast number of people with psychological issues and due to this increase in attention and a growing demand for care, mental healthcare (MHC) struggles. The demand outweighs the supply, which causes waiting lists and leads to people not receiving their needed care. In the short term, this sector is therefore challenged to support an increasing amount of people with only limited time and means. This calls for a positive and future oriented approach in which additional attention for prevention and health promotion in MHC may play an important role.

After an overview of MHC's current situation, we therefore focus on the concepts of mental health promotion and prevention and highlight the current barriers for MHC. Subsequently, a number of initiatives that focus on mental health promotion and prevention and which may contribute to a solution are presented. Attention is not only paid to international initiatives, but local, Flemish efforts are also highlighted. In conclusion, the specific role of clinical psychologists in this context is discussed.

Personalia

Tom Van Daele, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie, KU Leuven & Toegepaste Psychologie, Thomas More.

E-mail: tom.vandaele@thomasmore.be

Dirk Hermans, Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, KU Leuven.

Omer Van den Bergh, Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie, KU Leuven.

Chantal Van Audenhove, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie, KU Leuven.